

Anmeldeformular mit Anamnese

Patient/in Vorname/Name geb.

Mitglied/Versicherter Vorname/Name geb.

Straße/PLZ/Ort

Telefon oder mobil

Email

Beruf Arbeitgeber

Krankenkasse ☐ beihilfeberechtigt ☐ zusätzlich versichert ☐ freiwillig versichert

Liegt ein Pflegegrad vor? Ja ☐ Nein ☐



Allgemeiner Gesundheitszustand	Ja	Nein	Zahnmedizinischer Zustand	Ja	Nein
Blutdruck ☐ niedrig ☐ normal ☐ hoch			Leiden Sie an Zahnfleischbluten?	☐	☐
Leiden Sie an Herzerkrankungen oder Herzrhythmusstörungen?	☐	☐	Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Zahnfleisch zurückgegangen ist?	☐	☐
Hat Ihnen Ihr Kardiologe eine Endokarditisprophylaxe empfohlen?	☐	☐	Nehmen Sie Geräusche im Kiefergelenk wahr?	☐	☐
Nehmen Sie Blutverdünner wie Marcumar, ASS, Pradaxa, Xarelto oder Eliquis ein?	☐	☐	Sind Sie mit der Stellung, Farbe und Form Ihrer Zähne zufrieden? Kurz gesagt, mit Ihrem Lächeln?	☐	☐
Ist ein Herzschrittmacher vorhanden?	☐	☐	Schmerzen im Nacken oder am Kopf	☐	☐
Haben Sie manchmal Atemnot oder Brustschmerzen?	☐	☐	Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?	☐	☐
Leiden Sie an Infektionskrankheiten wie Hepatitis, TBC, HIV oder der Kreuzfeldt-Jakob-Krankheit?	☐	☐	Existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder eines jüngeren Datums?	☐	☐
Sind Schilddrüsenerkrankungen vorhanden?	☐	☐			
Gibt es Augenerkrankungen wie grauer/grüner Star, erhöhter Augeninnendruck oder Glukom?	☐	☐			
Nehmen Sie Medikamente ein? Falls ja, welche?	☐	☐			
Rauchen Sie? Wenn ja wieviele am Tag? _____	☐	☐			
Gibt es eine Medikamentenallergie (z. B. Penicilline)	☐	☐			
Leiden Sie an Diabetis?	☐	☐			
Nehmen/nahmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie Osteoporose (z. B. Biphosphonate)?	☐	☐			
Reagieren Sie empfindlich auf irgendwelche Substanzen/Arzneien?	☐	☐			
Hatten/haben Sie ein Leberleiden?	☐	☐			
Sind Sie schwanger? ☐ Vielleicht	☐	☐			
Leiden Sie an einer Krebserkrankung? Falls ja, welche: _____	☐	☐			

Bitte umblättern!

Haben Sie Angst vor einer Zahnarztbehandlung? ☐ Nein, gar nicht. ☐ Ein wenig. ☐ Ja, leider schon.

Welches besondere Anliegen führt Sie zu uns? _____

Bei wem dürfen wir uns bedanken, dass Sie unsere Praxis aufsuchen? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? (Name und Anschrift) _____

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder er noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie zu einem Termin nicht erscheinen können, bitten wir Sie uns rechtzeitig (idealerweise 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligen Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten dürfen und können nach § 615 BGB und § 287 ZPO berechnet werden.

☐ Ich bin heute zur zahnärztlichen Behandlung in der Praxis Dr. Breuer & Partner erschienen. Einer Einsichtnahme in meine durch Herrn Dr. Kapaun geführten Praxisunterlagen durch Herrn Dr. Breuer stimme ich zu.

☐ Mir ist bekannt, dass die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ in der Praxis einsehbar sind.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)

Einwilligung für unser Recall-System

Patient/in _____ Vorname/Name _____ geb. _____

Mitglied/Versicherter _____ Vorname/Name _____ geb. _____

Straße/PLZ/Ort

Liebe Patientin, lieber Patient,

wenn Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice haben, darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Bei offenen Fragen wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gern.

Erklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Daten für den Recall-Service verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

☐ SMS: _____

☐ E-Mailadresse: _____

Hinweis: Momentan steht der Service nur für den **SMS-Versand** zur Verfügung. Wir möchten Sie aber bitten, uns Ihre E-Mailadresse für eine evtl. spätere Umstellung ebenfalls schon heute mitzuteilen. Vielen Dank.

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)